

自立支援医療（育成医療）意見書				
フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	平成 令和 年 月 日
受診者住所	豊後大野市			
病 名		発症年月日		年 月 日
障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由           (2)視覚障害           (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害           (5)心臓機能障害           (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害           (8)肝臓機能障害           (9)その他内臓障害           (10)免疫機能障害			
医療の具体的方針	<p style="text-align: right;">治療開始予定日：           年    月    日</p>			
治 療	治療見込期間	入院治療期間	日間	通算           日間
		通院治療回数並びに期間	回    日間	
		訪問看護予定回数並びに期間	回    日間	
	医療費概算額	入院治療費	円	計           円
		通院治療費	円	
		訪問看護等	円	
移送費見込額				円
医療費及び移送費合計額				円
治療後における障害の回復状況の見込				
<p>上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> <p style="text-align: center;">指定自立支援 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p>				